

# De toekomst van de public health

INAUGURELE REDE DOOR DR. J. VAN DER VELDEN

DE TOEKOMST VAN DE PUBLIC HEALTH

## **De toekomst van de public health**

3

*Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar Public Health aan het Universitair Medisch Centrum St. Radboud op donderdag 9 december 2004*

**door dr. J. van der Velden**

## INLEIDING

Vanaf mijn eerste baan als arts-assistent chirurgie in een niet meer bestaand ziekenhuis in een degelijk gereformeerde omgeving naar mijn huidige positie als eerste hoogleraar met de Engelstalige leeropdracht 'public health' in Nederland heb ik weliswaar een soms slingerend, maar desalniettemin vast pad gevolgd. Een pad dat aanvankelijk slingerde tussen werk in het ziekenhuis en de dorpen in Afrika, later tussen onderzoek rond huisartsgeneeskunde en public health in Nederland en Europa. Op dat pad ben ik steeds arts gebleven, die preventie, diagnose en behandeling als leidend principe voorop bleef stellen. In mijn eerdere werk was ik arts voor de individuele patiënt, in mijn huidige werk beschouw ik de samenleving als patiënt. De actuele vraag is of die samenleving nu patiënt is, en wat wij met al onze kennis over gezondheid, ziekte, zorg en gezondheids-systeem te bieden hebben.

Het lijkt zo overzichtelijk. Gezondheid is voor burgers in ons land een groot goed. De overheid is conform artikel 22 lid 1 van de grondwet gehouden aan het nemen van maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid. Daartoe is de afgelopen vijftig jaar een omvangrijk en complex zorgstelsel opgetuigd. Echter, het is een stelsel dat zich vrijwel alleen bezighoudt met ziektebestrijding. Een stelsel, waarover we nu al bijna twintig jaar een discussie houden. Die discussie loopt vast op het feit dat deze wordt gedomineerd door vraagstukken van geld en kwaliteit. Vraagstukken die op hun beurt worden gedicteerd door Europese wet- en regelgeving. Maar met alle respect, geld en kwaliteit kunnen weliswaar heel belangrijke middelen zijn, het gaat - conform onze grondwet om volksgezondheid. Recente uitspraken van vertrekkend, verantwoordelijk Eurocommissaris David Byrne (2004) hebben dit nog eens onderstreept. De interessante vraag is natuurlijk waarom we ons niet aan het thema volksgezondheid houden?

Het werkterrein, dat zich bezighoudt met een samenhangende visie op volksgezondheid, dat is public health, is te onzichtbaar en heeft zich onvoldoende aangepast aan de moderne tijd om te kunnen overtuigen. Het probleem daarbij is niet zozeer een gebrek aan wetenschappelijke kennis, maar de weerbarstige praktijk. In de public health weten we veel over de gezondheidstoestand van de bevolking, hoe we gezondheid het best kunnen bevorderen en ziekten effectief en betaalbaar bestrijden, maar we vermijden ook veel vragen zoals 'wat verstaan wij onder gezondheid', 'waar begint de verantwoordelijkheid van de burger voor zijn gezondheid' en 'hoe komt volksgezondheidsbeleid tot stand'. Allemaal vragen waar primair de politiek, al dan niet in samenspraak met de wetenschap, een antwoord op zal moeten vinden, wat ze tot op heden nalaat. Als we bestaande opvattingen willen ruilen voor een op public health gerichte toekomst dan behoeven de volgende vier vragen een antwoord:

- Normatieve vraag : wat zijn de basis principes van de public health?
- Pragmatische vraag: aan welke centrale doelstellingen moet een beleid dat is gericht op public health voldoen?

- Empirische vraag: hoeveel public health wordt er geproduceerd?
- Institutionele vraag: hoe moet de gezondheidsinfrastructuur worden omgevormd om public health binnen reële kaders te garanderen?

#### PUBLIC HEALTH: 'JE GAAT HET PAS ZIEN ALS JE HET DOOR HEBT'

Eerst de normatieve vraag. Waar gaat het nu precies over in de public health? Een van de gevleugelde uitspraken van onze nationale huisfilosoof Johan Cruyff is 'je gaat het pas zien als je het door hebt'. Pieter Winsemius gebruikte de uitspraak als titel voor zijn boek over Cruyff en leiderschap. Vele lessen volgen, maar de centrale boodschap is: focus op kerntaken, maar achter die taken moet een concept staan dat voor samenhang zorgt en dat rendement garandeert. Onontbeerlijke instrumenten voor aantrekkelijk voetbal zijn volgens Cruyff: teamintuïtie, concentratie, creativiteit, de wil om te winnen en bestuurlijke kwaliteit bij de club. Deze boodschap is ook van toepassing op de gezondheidssector, waar preventie, curatie en zorg kerntaken zijn en public health een bijdrage kan leveren als concept dat voor samenhang zorgt. De meest gehanteerde definitie van Angelsaksische begrip public health is 'the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organized efforts of society'.

Bij nadere beschouwing van deze definitie vallen een paar zaken op. (Van der Velden e.a. 1995) De ruggengraat van de public health wordt gevormd door de combinatie van wetenschap en praktijk. De geschiedenis heeft ons geleerd dat deze twee bij tijd en wijle op gespannen voet staan. Deze spanning wordt vooral veroorzaakt door het feit dat public health een breed terrein afdekt, dat inzet vergt van vele disciplines, variërend van epidemiologie tot sociaal activisme. Waar het gemeenschappelijke doel nog helder is, bestaat over concrete voornemens bij de diverse disciplines niet altijd consensus. Uit de definitie kunnen vijf kerncompetenties van public health worden afgeleid, in het Engels zijn dat 5Ps.

Public health : 5Ps

<b>Policy &amp; planning</b>	(bijvoorbeeld keuzen in de zorg)
<b>Prevention</b>	(bijvoorbeeld vaccinatie en screening)
<b>Promotion</b>	(bijvoorbeeld stoppen met roken)
<b>Protection</b>	(bijvoorbeeld water en sanitair)
<b>Partnership</b>	(bijvoorbeeld gemeenschapszin / coalities voor gezondheid)

Preventie van ziekte, promotie en protectie van gezondheid vormen in wezen de kern van de public health. Beleid en partnership zijn de 'organized efforts of society'. Planning, surveillance, actie en evaluatie zijn belangrijke instrumenten. Wat deze competenties met elkaar gemeen hebben, is de programmatische benadering: het vaststellen van heldere gezondheidsdoelen wordt gevolgd door operationalisering via programma's op bevol-

kingsniveau. Public health is daarmee complementair aan de op het individu gerichte curatieve zorg.

#### GESCHIEDENIS VAN DE PUBLIC HEALTH

In de meeste westerse landen zijn preventie, promotie en protectie al eeuwen het voorwerp van lokaal en later ook nationaal overheidsbeleid. De boodschap van toen en nu was en is: gezondheid en ziekte worden voor een groot deel veroorzaakt door maatschappelijke omstandigheden, sociaal-economische condities, woon-, werk-, en leefomgevingen, leefstijl en moraliteit. Maatregelen ter verbetering van omgevingsfactoren en beïnvloeding van gedrag worden derhalve gevraagd. Wie de geschiedenis van het vakgebied bestudeert loopt al snel tegen dergelijke maatregelen aan.

Al in de Middeleeuwen werden, vooral in de steden, pogingen gedaan de gezondheid van de mensen te beschermen, met name via gemeentelijke verordeningen aangaande drinkwater, markten en lepra, de toepassing van quarantaine. In een later tijdperk kreeg de armenzorg, volksgezondheidswetgeving en de instelling van inspecties aandacht. Parallel hieraan verliep de ontwikkeling van de inenting tegen pokken, de ontdekking hoe cholera zich verspreidt, gevolgd door algemene, sanitaire maatregelen tegen infectieziekten, de start van vaccinatieprogramma's en de jeugdgezondheidszorg, de bestrijding van kinderarbeid en van meer recente datum de uitbreiding van de sociale zekerheid, aandacht voor veiligheid en de bevolkingsonderzoeken naar kanker.

Niet zelden waren het artsen, die wezen op armoede, honger en sociale mistoestanden als oorzaken van grote epidemieën en die het voortouw namen voor investeringen in onderwijs, werkgelegenheid en mensenrechten, in hun ogen de maatregelen om toekomstige epidemieën te voorkomen. Grote namen in dit verband zijn midden negentiende eeuw de Duitse patholoog Rudolf Virchow, midden twintigste eeuw de West-Indische psychiater Franz Fanon, die grote invloed had op het dekolonisatieproces in Afrika en meer recent de Franse gastro-enteroloog Bernard Kouchner, als medeoprichter van Artsen zonder Grenzen. In Nederland gelden als grote namen Samuel Sarphati, Aletta Jacobs, Ben Sajet en Pieter Muntendam.

Hadden de maatregelen nu effect? (Mackenbach e.a. 2004) Een fraaie illustratie is de belangrijke daling van het aantal tuberculosegevallen in het Verenigd Koninkrijk vanaf midden negentiende eeuw, voordat er van enig geneesmiddel sprake was. In de twintigste eeuw zijn er successen met onder andere de uitroeiing van de pokken, de reductie van kinderziekten en van het aantal dodelijke ongevallen op de werkplek, de vrijwel totale eliminatie van voedingsdeficiënties, en 50 procent reductie van sterfte aan hartvaatziekten door opsporing en aanpak van risicofactoren. Deze prestaties hebben enorme inspanningen gevergd, niet in het minst omdat de maatregelen niet altijd met gejuich werden ontvangen. Er waren steeds weer groepen die de maatregelen als beknutting van hun vrijheid zagen. Uiteindelijk leverden de meeste maatregelen profijt op voor alle sociale klassen tegen relatief lage kosten.

## MODERNE TIJD

Door deze successen worden we inmiddels ouder dan ooit, echter lang niet altijd in goede gezondheid. Mannen in Nederland worden volgens de gegevens uit 2002 gemiddeld 76 jaar, vrouwen bijna 81 jaar, maar beiden zijn gemiddeld vanaf 61 niet meer zo gezond. (van Oers 2002) De uitdaging is gezonde levensjaren toe te voegen, maar grote bedreigingen zoals roken, overgewicht, psychische problemen en geweld zijn niet op eenvoudige wijze uit te roeien. De vraag is eigenlijk: hoe willen we leven?

Gezondheid behoort tot de kern van het moderne leven, heeft onze huidige egallitaire en vergrijzende samenleving mede vorm gegeven, domineert steeds sterker ons persoonlijke leven en ook het politiek discours. Een van de gevolgen achter het fenomeen van de toenemende invloed van gezondheid op ons leven is, dat we de definitie van gezondheid steeds verder oprekken. De afwezigheid van ziekte is vervangen door een toestand van compleet fysiek, psychisch en sociaal welbevinden. Maar waar zijn de grenzen? Gezondheid is mede onder invloed van veranderende ethische en esthetische normen een grenzeloos begrip geworden

Op zich is er niets nieuws onder de zon, want twee eeuwen geleden sprak de Duitse filosoof Christoph Hufeland, lijfarts van de Pruisische koninklijke familie en van andere beroemdheden zoals von Goethe, Beethoven en Schiller, over 'Gesundheit als perfekte Zustand des Lebens', maar voor wie? De individuele burger of de samenleving?

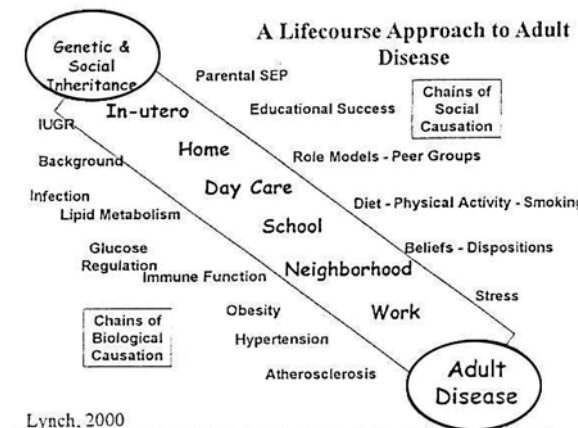
De afgelopen vijftig jaren stond de bevordering van de volksgezondheid in het teken van de individuele burger, maar de resultaten in termen van vermindering van sterfte en ziekte zijn gering en de kosten veel hoger ten opzichte van de eerdergenoemde succesvolle, collectieve maatregelen. (Abel-Smith 1984)

Inmiddels worden we geconfronteerd met de beleidsparadox: hoe meer een samenleving spendeert aan zorg voor de individuele patiënt, hoe minder het investeert op terreinen die gezondheid produceren. De uitdijende zorg in ons land houdt in feite de volksgezondheid in een wurggreep. We miskennen de paradox wanneer we denken eruit te komen met de verbetering van management en financiering van bestaande gezondheidssystemen, we zullen daarentegen op zoek moeten naar een nieuwe 'rationale', die sociaal en politiek is. De onderliggende redenering daarbij is: investeren in gezondheid betekent dat je wint op ziekte en dat je wint op kosten.

De burger gaat er al voor. Kijk naar de enorme markt van gezondheidsbladen zoals *Women's Health*, *Men's Health*, *Santé*, deelname aan sport en fitnessprogramma's door jong en oud. En de burger wil zelfs wel keuzen in de zorg maken, maar kan dat niet door een gebrek aan goede informatie. Het bedrijfsleven wil ook gaan voor gezondheid, al was het maar om minder premiegeld kwijt te zijn. De meeste beleidsmakers, beroepsbeoefenaren, ziekenhuisdirecties, ziektekostenverzekeraars en ook veel wetenschappers lijken daarentegen nog niet zover te zijn.

Hier ligt een uitdaging voor de public health. Als de public health het cement van ons gezondheidssysteem wil zijn, dan moet de public health ervoor zorgen, dat de aan-

9 dacht voor biomedische determinanten en maatschappelijke omstandigheden in zorg, onderzoek en onderwijs van wieg tot graf in balans is. (Figuur 1) Helaas is de aandacht lang niet altijd evenredig verdeeld.



Lynch, 2000

Figuur 1: Sociale en biomedische determinanten tijdens levensloop

Neem hiv/aids. Een pandemie van ongekende omvang, die samenlevingen in met name Afrika letterlijk ontwricht, en waarvan nu wordt erkend, dat het niet alleen meer een medisch, maar een sociaal, cultureel, economisch en veiligheidsprobleem is geworden. De dominante aanpak van hiv/aids onder leiding van de wereldgezondheidsorganisatie met veel geld uit private fondsen is echter sterk biomedisch georiënteerd onder het idee dat het probleem met de beschikbare HAART/ARV behandeling wel even te klaren is. Voor het welslagen van zo'n missie heb je echter goed functionerende samenlevingen en gezondheidssystemen nodig, waarin sociale thema's zoals seksualiteit, taboe, stigma en man-vrouwverhoudingen, naast onderzoek naar compliance en bijwerkingen aan de orde kunnen komen.

Wat ik u wil overbrengen is dat public health een manier van denken en werken is, die een goede balans tussen biomedische en sociale determinanten kan bewerkstelligen en die richting kan geven aan een gezondheidssysteem met als doel het voorkomen en verminderen van sterfte en ziekte.

De bijdrage van de public health is driedelig:

- beschrijving en analyse relatie gezondheid en samenleving;
- gezondheidsbevordering & ziektebestrijding effectief organiseren;
- inrichting gezondheidssysteem.

Ik zal de drie onderdelen van deze bijdrage achtereenvolgens bespreken.

## I GEZONDHEID EN SAMENLEVING

Ik richt me daarbij eerst op de inrichting van de samenleving en de mogelijkheden om gezondheid te creëren dan wel te ondermijnen.

Het begin van de eenentwintigste eeuw kenmerkt zich door de roep om reflectie op bestaande opvattingen over de inrichting van onze samenleving. Het marktgericht liberalisme en de verdedigers van de traditionele verzorgingsstaat strijden om voorrang, maar een overtuigend concept voor de noodzakelijke politieke hervormingen ontbreekt nog. Het gaat daarbij om een concept dat in tijden van globalisering, individualisering en demografische veranderingsprocessen grondrechten als vrijheid, rechtvaardigheid en solidariteit blijvend kan garanderen. De onduidelijkheid rond een overtuigend concept veroorzaakt mede dat wij leven in een spannende en verwarrende tijd. Enerzijds bouwen we het verenigd Europa op, waarmee we de toegang tot mondiale systemen van kennis en kapitaal mogelijk hebben gemaakt, maar de Europese Unie biedt geen garantie op bestaanszekerheid, vooral door haar inrichting als gemeenschappelijke markt. Anderzijds dreigt interne verdeeldheid in diverse EU-landen waaronder Nederland. Deze verdeeldheid is vooral gebaseerd op onbehagen, onrust en onzekerheid bij de burger, juist vanwege het gebrek aan garantie op veiligheid, werk en inkomen. De nationale verzorgingsstaat brokkelt af en de markt is nog niet voldoende georganiseerd. Als dit proces niet goed verloopt, zoals in extreme mate het geval was tijdens en na de instorting van het voormalig Oostblok, dan zijn de consequenties in termen van sterfte en ziekte enorm. In tabel 1 ziet u hoge sterftcijfers voor verkeersongevallen, zelfmoord en moord in Rusland en hoge sterftcijfers voor levercirrhose in Midden- en Oost-Europa in 1992. Anno 2004 zijn de getroffen landen deze slechte sterftcijfers nauwelijks te boven.

Regio	Alle oorzaken		Externe oorzaken		Verkeersongevallen		Zelfmoord		Moord		Cirrhose	
	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V
- Centraal en Oost Europa	1464	875	122	39	26	7	30	8	4	2	39	14
- Europese Unie	1013	597	69	29	22	7	18	6	2	1	24	10
- Scandinavië	1004	603	87	35	13	6	29	11	2	1	12	8
- Rusland	1787	905	260	61	41	10	56	11	36	10	20	8
Heel Europa	1114	659	83	31	22	7	21	7	3	1	27	11

Tabel 1: Sterftcijfers gestandaardiseerd naar leeftijd (per 100.000), per geslacht, door alle oorzaken, externe oorzaken en cirrhose in Europa in 1991-1992.

Bron: WHO Health for All database.

Op welk wijze kan het paradigma van de public health in de samenleving – ik heb het dan over het Engelse begrip ‘community’ – nu worden toegepast? De principes van het geneeskundig proces: preventie diagnose en behandeling bieden hulp.

- *Community Development for Health* (‘preventie’)

Uit onderzoek dat is gedaan naar de verdeling van gezondheid op basis van inkomen, opleiding en beroep, komen grote gezondheidsverschillen binnen en tussen landen naar voren. Zo worden in Nederland mensen in een hoge sociaal-economische positie gemiddeld vijf jaar ouder als mensen in een lage sociaal-economische positie. De laatste jaren is het onderzoek gericht op de kwaliteit van sociale relaties. Met name de gezondheidsvoordelen en positieve psychosociale effecten van vriendschappen zijn van groot belang. De Engelse onderzoeker Richard Wilkinson (1996) heeft uitvoerig gekeken naar de ‘gezonde samenleving’. Er lijkt een kwalitatief bewijs dat samenlevingen, die ongewoon egalitair zijn en ongewoon gezond zijn ook ongewoon veel samenhang vertonen, met name omdat gemeenschapszin en vriendschap domineren. Dit gold voor Groot-Brittannië tijdens de wereldoorlogen, Japan na de oorlog en Midden- en Oost-Europa in de jaren zeventig. We kennen dus de voorwaarden voor een gezonde samenleving, maar handelen we er ook naar?

Achterstandswijken in steden vormen in dit opzicht een belangwekkend studie-terrein. Ik heb er velen bezocht in de tijd dat ik me bezighield met onderzoek naar een systeem voor de verdeling van middelen aan huisartsen in die wijken. Dominante problemen zijn anonimiteit, dichtgetimmerde huizen, drugsoverlast en wegvallende voorzieningen. In tegenstelling tot wat velen denken vormt niet vastgoed het grote probleem (al is een goede woning heel belangrijk), maar hebben de problemen een sociale achtergrond. Dat vergt dus niet herbouwen van huizen maar opbouwen van de buurt, werken aan de kwaliteit van sociale relaties.

- *Community Diagnosis* (‘diagnose’)

Op *nationaal* niveau zijn door de gecombineerde inzet van de epidemiologie en de sociale wetenschappen de trends rond gezondheid in Nederland permanent beschikbaar in de unieke en voortreffelijke Volksgezondheid Toekomst Verkenningen van het RIVM (van Oers 2002).

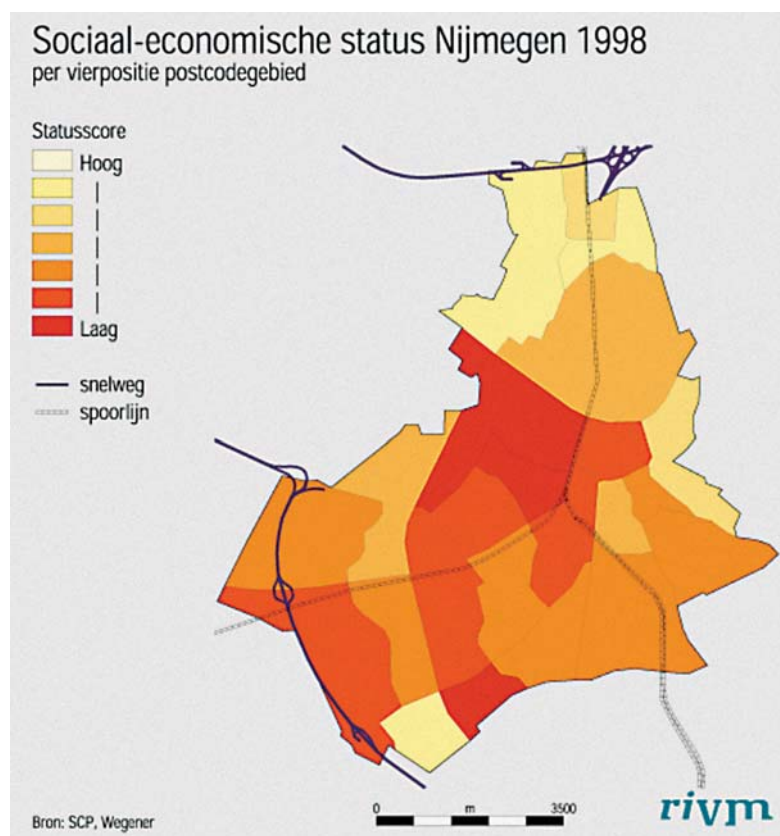
Op *regionaal* of *lokaal* niveau moeten voor een juiste diagnose allesomvattende analyses worden gedaan: als voorbeeld neem ik het Gezondheidsprofiel Gemeente Nijmegen. Het analyseert CBS of eigen data (figuur 2) maar geen gegevens uit de huisartspraktijk of het ziekenhuis. Dat is een gemiste kans. Daarnaast heeft het proefschrift van Vivian Meertens (2004) uit onze afdeling eens te meer duidelijk gemaakt dat je pas met een allesomvattende analyse overtuigend kunt vaststellen, dat gebrek aan middelen een belangrijke reden is waarom mensen in achterstandswijken zoveel meer depressieve symptomen kennen.

- *Community Interventie* (‘behandeling’)

Deze vindt soms op *nationaal* maar vooral op *lokaal* niveau plaats. Verbetering van leef-



12



Figuur 2: Sociaal-economische status Nijmegen 1998

baarheid in een buurt of wijk is vaak de kern: een snelle aanpak van overlast, verpaupering en sociale mistoestanden. Voor de langere termijn is de zorg voor gevarieerde buurten van belang. Dat vergt investeringen in sociale voorzieningen als sportclubs, cafés, maar ook in een wijkgezondheidscentrum. Voor programma's op dit terrein is de laatste jaren evenwel steeds minder geld beschikbaar.

## II GEZONDHEIDSBEVORDERING EN ZIEKTEBESTRIJDING

De tweede bijdrage van de public health betreft de gezondheidsbevordering en ziektebestrijding. Bewust laat ik gezondheidsbevordering nu rusten, maar richt mij op ziektebestrijding, dat is de combinatie van preventieve maatregelen en curatieve zorg bij een specifiek gezondheidsprobleem.

13

Zoals ik reeds opmerkte, verschillen public health-professionals ten opzichte van klinici in het dagelijks werk vooral doordat zij bij de aanpak van een gezondheidsprobleem een systematische benadering op bevolkingsniveau kiezen. Management en coördinatie zijn cruciale elementen. Ziektebestrijding in public health-perspectief begint met *surveillance*. Bijna bij het oud vuil weggezet, omdat het epidemiologisch niet verantwoord zou zijn maar inmiddels in volle glorie hersteld en belangrijker dan ooit. Vroege waarschuwing en uitbraakonderzoek zijn gelieerde activiteiten. Vervolgens komen preventie en interventie strategieën aan bod, moet een heldere communicatiestrategie worden ontwikkeld, die zeker van belang is, als een rampenplan moet worden uitgevoerd wanneer een pandemie zich voordoet. Last but not least komen onderzoek en onderwijs aan de orde.

Deze public health-aanpak is in principe toepasbaar bij elke aandoening. Aan de hand van de griep, momenteel een van de grote gezondheidsdreigingen in de wereld, wil ik u illustreren hoe de aanpak in de praktijk werkt. De Spaanse griep van 1918, die leidde tot 40 miljoen doden, geldt nog steeds als afschrikwekkend voorbeeld, waardoor we alert moeten blijven. Griep is biomedisch fascinerend omdat het oorzakelijk virus vrijwel permanent verandert. Infectieziekten in het algemeen, maar griep in het bijzonder, houden zich niet aan grenzen. Internationale afstemming is dan geboden. De Europese Commissie heeft op basis van wetgeving het initiatief genomen tot de ontwikkeling van surveillance-netwerken, waaronder één voor griep.

Griep treft momenteel zo'n 40-45 miljoen mensen per jaar in de gehele Europese Unie; 90 -100.000 mensen overlijden er aan. Het is de belangrijkste reden voor ziekteverzuim. Sinds 1995 wordt gewerkt aan de coördinatie van een gecombineerde klinische en virologische surveillance van griep. In een kleine werkgroep met vertegenwoordigers uit zeven EU-landen is tien jaren geleden een aantal doelstellingen geformuleerd, waarvan de vroege signalering van veranderingen in het griepvirus en standaardisatie van klinische en laboratoriumgegevens in de zeven landen de kern vormen. ([www.eiss.org](http://www.eiss.org))

Het European Influenza Surveillance Scheme (EISS) heeft een fascinerende ontwikkeling doorgemaakt. EISS is momenteel actief in 24 landen, waar bij elkaar ongeveer 12.000 eerstelijnsartsen patiënten met een griepachtige aandoening registreren en steekproefsgewijs bij deze patiënten virologisch materiaal afnemen, dat naar de 32 nationale referentielaboratoria gaat voor gestandaardiseerd virologisch onderzoek. Met het programma kan een bevolking van meer dan 450 miljoen mensen worden overzien. Daarmee is een der grootste surveillance-netwerken in de wereld ontstaan.

De gegevensverzameling en - verwerking vindt compleet via internet plaats. Daardoor kan wekelijks worden gerapporteerd over de actuele griepsituatie van een voorafgaande week in geheel Europa. Bovendien kan iedereen zien hoe de griepactiviteit in de diverse landen zich ontwikkelt, zoals bijvoorbeeld de epidemie in Spanje afgelo-



14

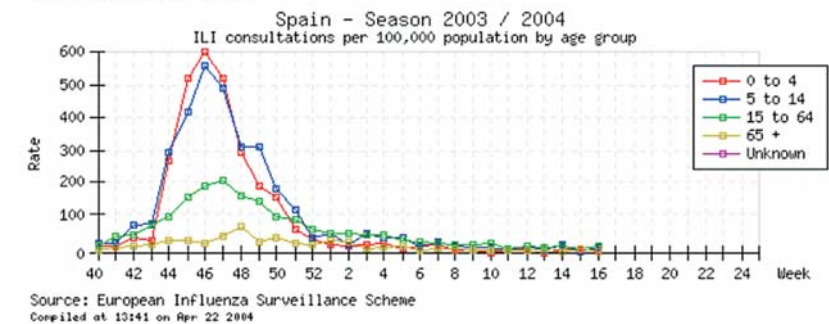
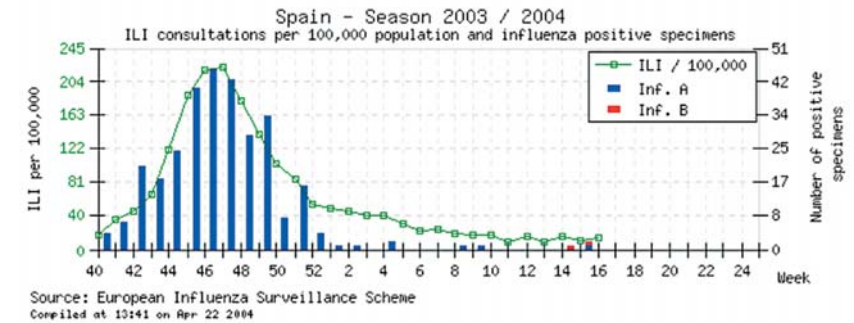
pen seizoenen (Figuur 3a) en in Engeland dit seizoen (Figuur 3b). U ziet een prachtige parallel tussen klinische en virologische gegevens in de twee grafieken. Hier ontwikkelt zich mogelijk een epidemie met het RS Virus bij jonge kinderen. Om nog verfijnder inzicht in griepactiviteit te verkrijgen, zijn gegevens uit diverse landen, in dit geval Nederland en Duitsland (Figuur 4 pagina 16) in een experimentele setting gekoppeld aan een geografisch informatiesysteem en kunnen wij nauwkeuriger oordelen over de epidemiologische impact van het virus en eventuele controlemaatregelen. Blauw representeert rust, rood een sterk verhoogde activiteit, zeg maar een epidemie. Van groot belang is te weten welke specifieke virussen in Europa circuleren en hoeveel bescherming van vaccinatie mag worden verwacht.

De website wordt tijdens het seizoen bezocht door een kwart tot meer dan één miljoen mensen per maand. De bezoekers zijn afkomstig van vrijwel alle grote universiteiten in Europa en Amerika, veel multinationals, het Amerikaanse en Europese leger, overheidsinstellingen en steeds meer individuele burgers, afkomstig uit meer dan 75 landen. Kernpublicaties zijn in vijf talen beschikbaar. Al met al is een sterke infrastructuur gecreëerd. Let wel: alleen de surveillance, de vroege waarschuwing en de communicatie zijn op orde; van een gecoördineerde preventie en interventiestrategie op Europees niveau is nog geen sprake.

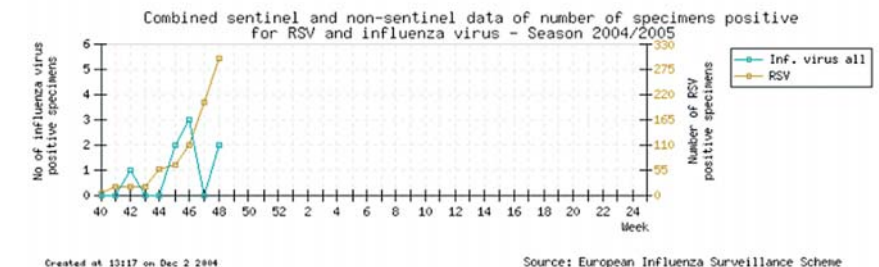
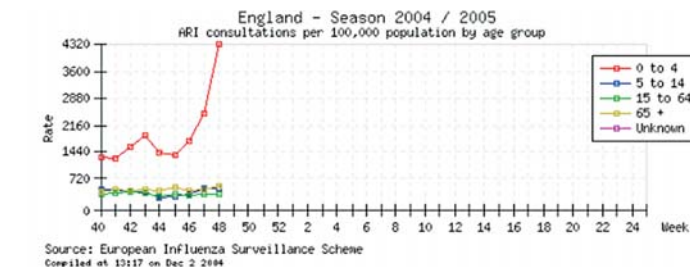
Ook op surveillance-gebied zijn we er nog lang niet. Het heeft twee jaren geduurd eer iets simpels als leeftijdscategorieën in de rapportage uit alle landen uniform is. Dan beseft u dat een Verenigd Europa nog niet vanzelfsprekend is. De koppeling met de veterinaire wereld is vanwege de vogelgriepdreiging hoogst noodzakelijk, maar verre van vanzelfsprekend. Een multidisciplinaire benadering is helemaal belangrijk in geval van een pandemie. Op Europees, nationaal en regionaal niveau staan de draaiboeken klaar, maar er moet vooral op lokaal niveau worden geoefend met de burgemeester, de gemeentelijke gezondheidsdienst, de Regionaal Geneeskundig Functionaris, de brandweer, de politie, de deskundigen en de pers als kernspelers.

Wat maakt dit Europese programma nu zo verschillend van en aantrekkelijk voor wetenschappelijk onderzoek? Door de surveillance is er tijdens het seizoen permanent aandacht voor de griep, door de internetpresentatie zijn de bevolking en de politiek betrokken, is er samenhang tussen surveillance en onderzoek en zien we sneller op welke terreinen nog meer onderzoek dient plaats te vinden. Bovendien zijn we belangrijke gesprekspartners voor de Wereld Gezondheid Organisatie, de Europese Commissie, de diverse Centres of Disease Control in de wereld en de industrie, waardoor we mede de internationale onderzoeksagenda hebben kunnen bepalen. De oorspronkelijke kleine werkgroep, die EISS heeft gestart, is uitgegroeid tot een groep van zestig topexperts, die direct is betrokken bij Europese onderzoeksnetwerken naar griepvaccinatie en resistentie – ontwikkeling bij antivirale middelen. Leden van de groep waren actief betrokken bij onderzoek en aanpak van SARS in Zuidoost-Azië en de vogelgriep in Italië en Nederland.

15

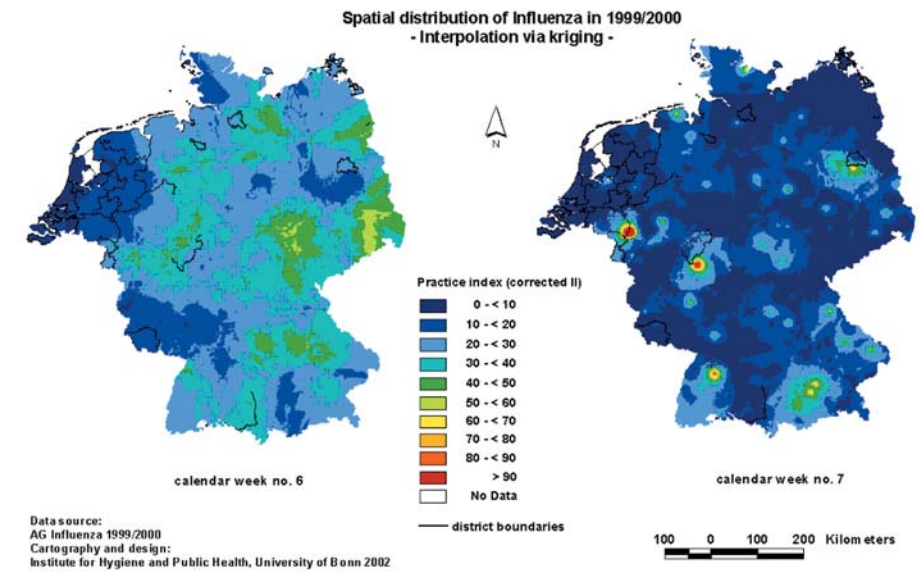
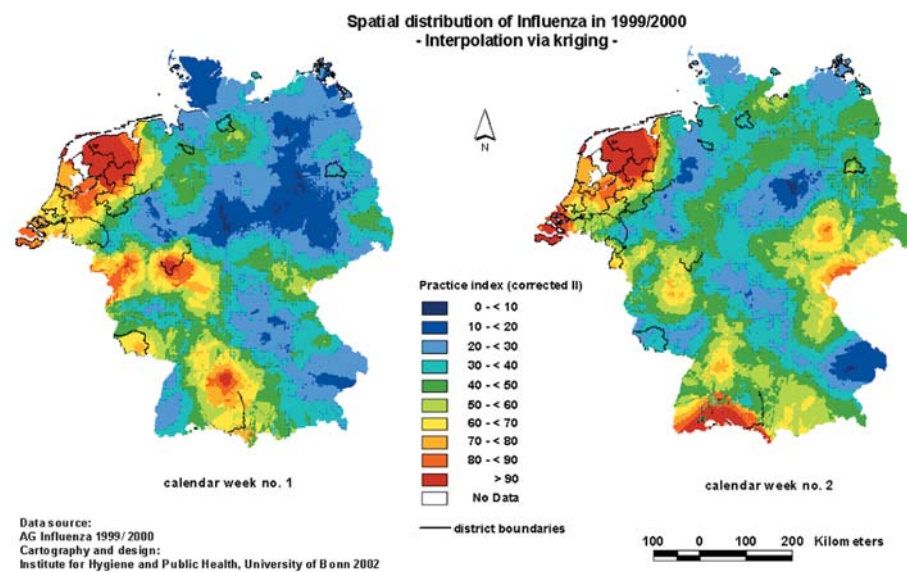
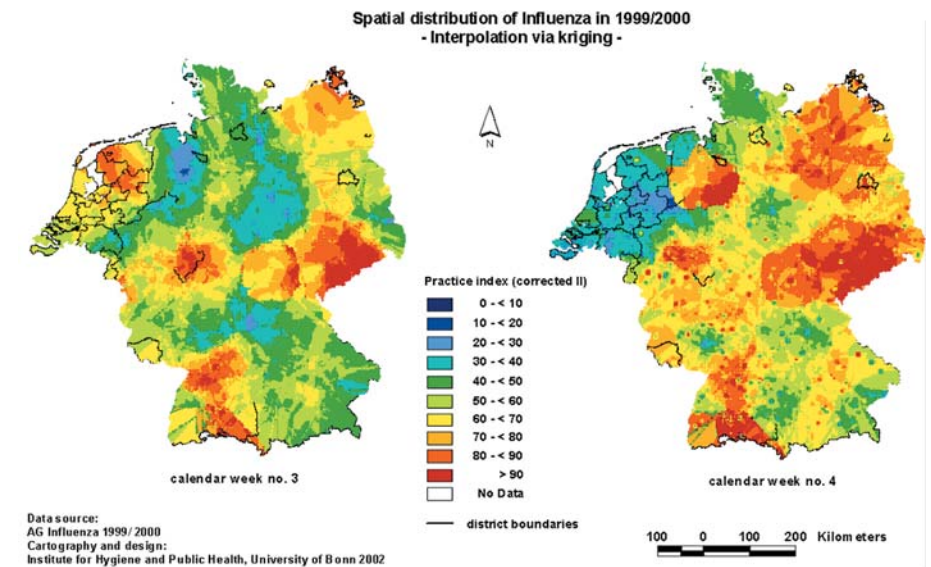
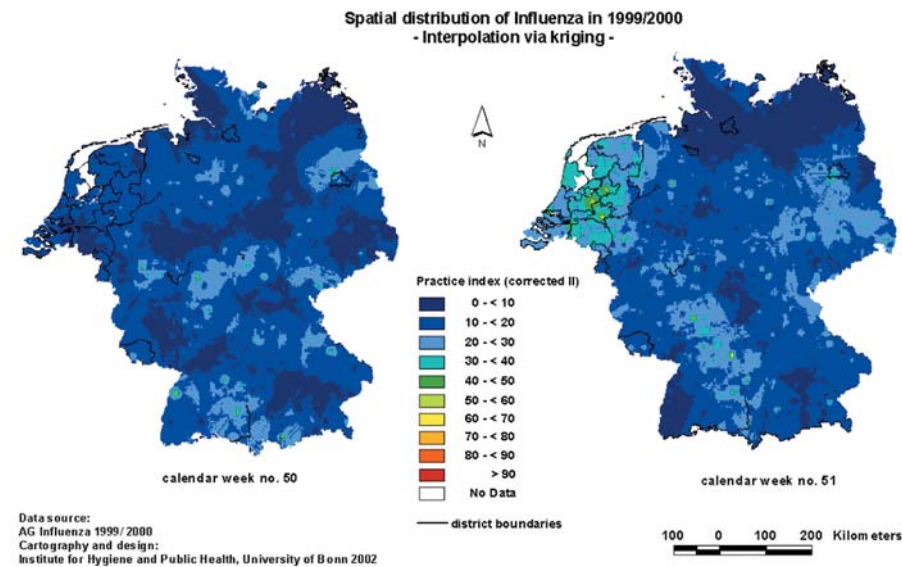


Figuur 3a: Griepactiviteit in Spanje, seizoen 2003/2004



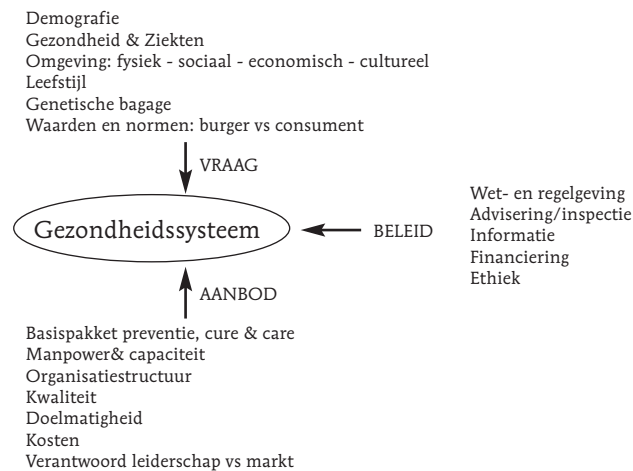
Figuur 3b: Griepactiviteit in Engeland, seizoen 2004/2005

Figuur 4: Griepactiviteit in Nederland en Duitsland, seizoen 1999-2000



18

Dit voorbeeld van de griep geeft aan dat er een ragfijn samenspel tussen wetenschap, ICT, zorg en bevolking plaatsvindt. Een samenspel dat preventie en curatie verbindt. Dit is wat mij betreft het moderne gezicht van de public health. Wat de public health-aanpak hier toevoegt, is naast de systematische verzameling van relevante informatie ten behoeve van management en coördinatie, een snelle, actieve communicatie naar de bevolking en stakeholders, hetgeen heeft geleid tot een grotere alertheid en betere sturingsmogelijkheden.



Figuur 5: Het gezondheidssysteem

### III DE INRICHTING VAN HET GEZONDHEIDSSYSTEEM

Ik kom bij de derde bijdrage van de public health, de inrichting van het gezondheidssysteem. Alle inspanningen gericht op de instandhouding en de verbetering van de gezondheid in een land vormen tezamen het gezondheidssysteem. Het omvat zowel de op het individu georiënteerde activiteiten (cure and care), de bemoeienis met de collectieve gezondheid (preventie, promotie, protectie) alsmede de intersectorale samenwerking. Vraag, aanbod en beleid zijn de belangrijkste pijlers van het gezondheidssysteem. (Figuur 5)

Deze pijlers kennen op hun beurt ook veel onderliggende bouwstenen en zo ontstaat een complex van personen, instellingen en infrastructuur. Het gezondheidssysteem in ons land is met zijn jaaromzet van meer dan 45 miljard en bijna een miljoen werknemers de grootste bedrijfstak in ons land.

19

Gezondheid, ziekte en zorg waren lange tijd en tot op zekere hoogte nog steeds, het domein van religieuze en charitatieve instellingen, die solidariteit hoog in het vaandel hadden staan en lijden probeerden te verzachten. Rond 1900 werd de staatsbemoeienis groter, met name in de vorm van Gemeentelijke Gezondheidsdiensten. Vanwege een wettelijke verplichting heeft nu vrijwel elke gemeente een gezondheidsplan. Inmiddels zijn gezondheid, ziekte en zorg big business geworden, leveren een belangrijke bijdrage aan economische groei, aan veiligheid en aan mogelijkheden tot individualisering. Het gezondheidssysteem moet opboksen tegen de effectieve marketing van wat heet 'global manufactured risk': ik doel dan op de cola-, fast food-, tabaks- en toeristenindustrie, die ons met grote aantallen patiënten met obesitas, diabetes mellitus, hart vaatziekten, kanker en geslachtsziekten opzadelen. Die patiënten vergen gigantische investeringen in de zorgsector. Bij ongewijzigd beleid zal het gezondheidsbudget in de USA in 2025 1.3 trillion (=10<sup>18</sup>) US dollars bedragen hetgeen zou neerkomen op 25 procent van het persoonlijk inkomen. De vraag is: willen wij dat? Want hoe we het wenden of keren dit leidt tot ontworping van onze rijksbegroting. Dat zet niet alleen de solidariteit met mensen elders in de wereld onder druk, maar evenzeer de solidariteit met volgende generaties.

### EEN ANALYSE VAN DE ZORG IN NEDERLAND

De afgelopen tien jaren ben ik intensief betrokken geweest bij gezondheidszorghervormingen in Midden- en Oost-Europa en laatstelijk in de Russische Federatie. Men vroeg mij vaak een beschrijving en analyse van het Nederlandse systeem te geven. Het Nederlandse gezondheidssysteem kent een goed netwerk van voorzieningen, dat goede zorg verleent, met relatief weinig bedden, een korte opnameduur, goede dagbehandelingfaciliteiten en een lage medische consumptie, in het bijzonder van geneesmiddelen. Nederland heeft een uniek sterke eerste lijn, die tot op heden een goede toegang, een goede kwaliteit en een goede betaalbaarheid van zorg garandeert. Een kroonjuweel, dat moet worden bewaard. Inschrijving van een persoon op naam bij een huisartspraktijk en de verwijfs-functie zijn cruciaal en mogen daarom niet worden aangetast. Landelijke netwerken van GGD-en, Arbo-diensten en UWV completeren het plaatje.

Toch functioneert het huidige gezondheidssysteem niet optimaal, is het verre van doelmatig, en kent volgens het rapport van TPG-topman Peter Bakker (2004) zelfs een enorme verkwisting van geld. De problemen worden vooral veroorzaakt door een sterke fragmentatie van het systeem, die overzicht en sturing belemmert. Er is ook onvoldoende effectieve controle. De minister 'dottert' zich suf, maar is vooral afhankelijk van een gezondheidsinhoudelijk gebrekkig en te zwaar beleidsapparaat. Tijdens mijn bezoeken aan Midden- en Oost-Europese landen viel mij op dat bij vrijwel alle Ministeries van Volksgezondheid en Welzijn ter plekke gemiddeld zo'n 200 tot 400 ambtenaren werken.



Bij ons Ministerie van VWS zijn dat bijna 1000 ambtenaren. En dat terwijl de landen in Midden-en Oost-Europa veel besluiten hebben moeten doorvoeren om lid te kunnen worden van de Europese Unie. De omvang van ons Ministerie duidt erop, dat het gezondheidssysteem in Nederland werkelijk te groot en te complex is geworden.

#### HERVORMINGEN

De weg naar voren is een eenvoudiger, overzichtelijker *gezondheidssysteem* te ontwikkelen, met de verzekeraars in een beperkte, helder omschreven rol, een directere betaalrelatie tussen arts en patiënt, een kleiner sturend ministerie dat de overtoollig geworden ambtenaren de gelegenheid kan bieden op gemeentelijk niveau te werken, alwaar ze zich kunnen inzetten voor meer sociale cohesie en volksgezondheidsvraagstukken in dorp, wijk of stad. De combinatie van een compact, high tech-ziekenhuis en een voldoende omvangrijke thuiszorg ligt voor de hand. De eerste lijn behoeft aanpassingen: een betere navigatie van de patiënt door het gezondheidssysteem en een versterking van preventie zijn noodzakelijk. Bovenal moet meer worden samengewerkt met verpleeghuisgeneeskunde, bedrijfsgeneeskunde en GGD-onderdelen zoals de jeugdgezondheidszorg, bij voorkeur in een wijkgezondheidscentrum. Een structurele samenwerking tussen eerste en tweede lijn moet regionaal worden geregeld. Interessante experimenten op dit vlak elders in Europa kunnen worden meegenomen.

De oplossing van het kabinet is de tucht van de markt. Die markt wil dat we zo veel mogelijk consumeren. De burger wordt zorgconsument. Wat er dan gebeurt is volstrekt ongewis. Als de markt wordt gebruikt om ruimte, flexibiliteit en innovatie in het systeem te stimuleren, dan ben ik voor. Het idee dat de markt door concurrentie goedkoper is en meer kwaliteit levert, is evenwel nog niet bewezen. De markt kan alleen werken onder strikte condities: een sterke markt vraagt om een sterke overheid, die de burger mondig maakt, organisatorische versnippering aanpakt, financiële complexiteit tegengaat en die professionals & instellingen afrekent op de productie van gezondheid en keiharde sancties kan opleggen. De afgelopen twee jaren had ik het voorrecht adviseur te zijn van zowel de Amerikaanse als de Russische overheid. Voor beide wereldmachten geldt dat ze een ijzersterke, bijna op militaire leest geschoeide overheid hebben, die niet met zich laat spotten en in ieder geval sancties oplegt bij elk fout gedrag in de sector. Dat fenomeen kennen wij helemaal niet. De markt vraagt ook om een goed ontwikkeld informatiesysteem en daar ontbreekt het nu net aan in Nederland. Daarnaast lijkt het mij niet verstandig om de markt de bestaande goede infrastructuur te laten ondermijnen.

#### IV EEN AGENDA VOOR GEZONDHEID

Samenvattend: er moet een debat op gang worden gebracht om te komen tot een agenda voor gezondheid. Een agenda die wordt vormgegeven door de burger. Verandering van gezondheidssystemen treedt op door een goede analyse en gerichte actie op lokaal niveau

onder leiding van moedige mensen. Die mensen hebben wel ondersteuning nodig van politiek en wetenschap. Ik kom dan bij de volgende agenda voor gezondheid in Nederland in Europees perspectief:

- Mobiliseer politiek, burgers en samenleving om verantwoordelijkheid en macht te herverdelen: van meer naar minder bevoordeelden, van overheid naar particuliere organisaties, van gezondheidsprofessionals naar gewone mensen, van elites naar kwetsbare groepen, van mannen naar vrouwen en van Noord naar Zuid. Dat is de beste weg naar meer gezondheid. Uit een recent uitgekomen acht landen-studie blijkt dat Nederland ver is met concrete stappen op dit terrein, maar er moet meer gebeuren (Allin e.a. 2004)
- Ontwerp een nationale public health-strategie; uit dezelfde acht landen-studie is gebleken dat wij hier niet goed in zijn (Allin e.a. 2004)
- Investeer in een mondige burger, patiënt, consument
- Investeer in gezondheid creërende programma's
- Werk aan een kleine infrastructuur
- Maak een e-health georiënteerd informatiesysteem
- Ontwikkel een eenvoudig financieringssysteem met incentives gericht op gezondheid

Laat de hele agenda uitwerken en uitvoeren door een kleine gezaghebbende gezondheidsautoriteit.

#### V WAAR LIGGEN DE KANSEN VOOR DE AFDELING SOCIALE GENEESKUNDE IN NIJMEGEN?

Het UMC St Radboud en de Radboud Universiteit Nijmegen hebben heel veel in huis dat het aantrekkelijk maakt hier de public health te beoefenen. Ooit was 'Nijmegen' een bolwerk van de sociale geneeskunde, de bakermat van een aantal screeningprogramma's op kanker en krachtige motor voor ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde. Van oudsher bestaan ook veel internationale contacten. De Radboud Universiteit scoort zowel voor sociale als medische wetenschappen bijzonder goed in een nog niet gepubliceerde review rond ontwikkelingssamenwerkingonderzoek. Het UMC St Radboud is dit jaar op drie fronten – geneeskunde, biomedische wetenschappen en tandheelkunde – de nummer 1 in het medisch onderwijs. De opleiding biomedische wetenschappen (BMW) biedt als enige in Nederland de opleiding tot arbeidshygiënist. In die context willen we als afdeling sociale geneeskunde de volgende bijdrage leveren aan onderwijs, onderzoek en zorg.

- *Public health onderwijs:*

Het doel van onderwijs is vorming, in onze context wetenschappelijke vorming. Dat betekent dat we mensen dingen laten leren die misschien niet altijd leuk, maar wel

goed zijn. De leerling wil een docent, die een inspirerend voorbeeld is, die de inherente waarde van iets kennen of kunnen leert. Tijdens mijn eigen opleiding aan de London School of Hygiene and Tropical Medicine had ik Geoffrey Rose, de internist – epidemioloog, als leraar en sir Richard Doll, de kankerepidemioloog, als supervisor. Beiden briljante geleerden, fantastische onderwijzers, voor wie je ontzag had, maar in het persoonlijk contact bleken ze opvallend sociaal vaardig en ongelofelijk bescheiden. Juist die laatste eigenschappen zorgden er voor, dat ik geen huisarts, chirurg of psychiater werd, maar mij verder wilde bekwamen in de epidemiologie en public health. Ware inspirators. Voor het gezag van de wetenschap en het wetenschappelijk onderwijs is de *persoonlijkheid* van de onderzoeker van groot belang. Overigens, in het latere leven moet je juist wel dingen doen die leuk zijn.

Het is van belang dat de student zo vroeg mogelijk in aanraking komt met de theorie en vooral de praktijk van public health. De visie die we willen uitdragen in het onderwijs is dat het niet alleen gaat om de arts-patiëntrelatie maar om heel de mens in interactie met zijn omgeving. We zijn daarom bezig in de BaMa structuur een onderwijs continuüm public health te ontwikkelen vanaf het eerste jaar tot aan het artsexamen of biomedische wetenschappen (BMW) examen.

In de bachelorfase zullen studenten niet alleen via colleges kennis op doen, maar ook op bezoek gaan in de stadswijk of stoeien met praktijkvraagstukken, zoals de dreiging van een pandemie of een juridische casus. In de masterfase staat het straks verplichte co-assistentenschap bij GGD'en en Arbo-diensten /UWV centraal. De aankomende arts en de BMW student zullen worden gestimuleerd public health-georiënteerde stages te doen. De beroepsopleiding bedrijfsgeneeskunde, die wij verzorgen, zal zich moeten flexibiliseren om zo aan de veranderingen in het werkveld een adequaat perspectief te kunnen bieden. De ontwikkeling van een Europese post-graduate opleiding medische milieukunde wordt momenteel verkend.

- *Public health onderzoek*

Onderzoek gaat over het produceren van kennis met als doel vooruitgang te bewerkstelligen. Wat betreft de *public health* is dit in historisch opzicht zonder meer gelukt. Het gezondheids-onderzoek in Nederland is goed ontwikkeld. Het ZonMw-programma is daar een goede illustratie van, maar de grote kennisproductie leidt tot te weinig toepassing en dat beperkt vooruitgang.

Op internationaal vlak wordt de kloof tussen gezondheidsonderzoek en praktijk bepaald door drie onderliggende problemen: de beperkte toegang tot kennis, de geloofwaardigheid van de wetenschap en de vraag of verwachtingen wel worden waargemaakt. Ter illustratie: de huidige kennisproductie en de toegang tot kennis is uitermate eenzijdig. Tien procent van al het onderzoeksgeld in de wereld wordt besteedt aan 90 procent van de wereldgezondheidsproblemen. Dit staat bekend als de '10/90 gap'. Daarnaast is er de sterke dominantie van klinisch en biomedisch onderzoek, tot uiting komend in

overzichten van publicaties, terwijl de ontwikkeling van de Cochrane Reviews een complete wanverhouding laat zien tussen ontwikkelde versus ontwikkelingslanden (WHO 2004). We kunnen tenminste zeggen dat de wereldgezondheidsonderzoeks-agenda niet klopt.

#### WAAR GAAT HET NAAR TOE?

In een debatbundel over wetenschap in de eenentwintigste eeuw wordt geschetst, dat naast de traditionele, autoritaire, disciplinegebonden, universitaire wetenschappelijke kennisproductie, andere transdisciplinaire, multifocale vormen van kennisproductie zullen opkomen. Zo zou met de komst van genomics het karakter van de medische wetenschappen gaan veranderen. Genen zijn geen monocausale bronnen van fenotypes, maar werken in context, in interactie met de omgeving. Voor onderzoek in Community Genetics betekent dit: weg van het laboratorium en het hypothesegestuurd onderzoek, naar het herkennen van patronen in de samenleving. In het bijzonder onderzoek naar het natuurlijk beloop wordt belangrijk geacht. (Rip 2002)

Binnen dit kader liggen de kansen voor het public health-onderzoek. Vooral het praktijkgebonden veldonderzoek verdient onze aandacht. Drie grote opdrachten liggen voor ons :

- De belangrijkste insteek zal de ontwikkeling van een onderzoeksprogramma naar *infectieziekten* zijn. Samen met onze partners in het Nijmeegs Universitair Centrum Infectieziekten afgekort NUCI, timmeren we al geducht aan de weg. In de regio wordt onder andere gewerkt aan onderzoek naar infectieziekten bij specifieke risicogroepen zoals drugsgebruikers of illegale werkers, naar de kwaliteit van de reizigersvaccinatie, de verbetering van TB/SOA-surveillance in de regio Oost-Nederland en het functioneren van de Geneeskunde Hulp bij Ongevallen en Rampen. Op internationaal vlak zal de afdeling inbreng leveren bij bestaande programma's van het NUCI of in nieuwe te ontwikkelen programma's in de derde wereld. Hiv/aids, TBC en malaria krijgen prioriteit. Speciale aandachtspunten voor ons zijn de inrichting van gezondheidssystemen en de verbetering van kennisoverdracht en kennis-toepassing aan lokale universitaire en andere instellingen.
- Ten tweede is een onderzoeksprogramma *arbeid & milieu* in wording. Met name het onderzoek rond medische milieukunde lijkt een kristallisatiepunt te worden. Daarbij gaat de aandacht uit naar de relatie kind en milieu, in het bijzonder de gezondheidseffecten op kinderen ten gevolge van blootstelling aan gevaarlijke stoffen en naar risicocommunicatie rond specifieke gezondheidsdreigingen vanuit het milieu. De public health-aanpak die ik u heb geschetst voor infectieziekten is bruikbaar op dit terrein. Het belangrijke onderzoeksterrein arbeid & gezondheid is door veranderende wetgeving dermate onoverzichtelijk dat bezinning op thema's gewenst is.

- In de derde plaats ontwikkelt de afdeling in samenwerking met het Trimbos Instituut een nationaal kennisprogramma rond *maatschappelijke opvang/vrouwen-opvang*. Het onderzoek betreft de monitoring van diverse kwetsbare groepen, bij wie de combinatie van psychische problematiek en infectieziekten frequent voorkomt.

Op internationaal, nationaal en regionaal niveau is een coherent onderzoeksprogramma mogelijk, met infectieziekten als centraal thema.

- *Public health werkveld*

1. Een centraal aandachtspunt is de *academisering* van het public health-werkveld in binnen- en buitenland. Bij mijn aankomst alhier ben ik getroffen door de wetenschappelijke achterstand bij de GGD en de Arbo-dienst / UWV. Kunnen onze co-assistenten en andere studenten in deze setting goed worden begeleid? Voor het co-assistentschap Ontwikkelingslanden, dat ik een warm hart toedraag, dreigt in sommige omstandigheden min of meer hetzelfde. We willen op twee niveaus een academische inhaalslag maken.

Het eerste niveau betreft de ontwikkeling van Academische Werkplaatsen op drie fronten: met de GGD, rond de Arbo-zorg en het leger. Samen met de GGD'en van Arnhem, Tiel en Nijmegen zijn al plannen ontwikkeld. Voor het GGD deel gloort hoop op financiering. Ik ga er vanuit dat het UMC St Radboud dan ook zijn verplichtingen nakomt. Het Arbo-werkveld is zo in beweging, dat het een kunst zal worden een vast punt te creëren. Een verkenning met vertegenwoordigers van het Ministerie van Defensie heeft voldoende aanknopingspunten opgeleverd voor een samenwerking in een academische werkplaats.

Het tweede niveau is de ontwikkeling van een internationaal netwerk van Centres of Excellence: het reeds genoemde PRIOR-programma, dat het NUCI, Tumaini University in Moshi Tanzania en universiteiten in Indonesië hebben opgestart, biedt mensen in de twee ontwikkelingslanden de kans op een PhD-traject en onze co-assistenten en onderzoekers in opleiding garantie op een kwalitatief goede stageperiode. Dit goede voorbeeld vergt navolging. Daartoe zijn reeds de nodige initiatieven genomen met name rond onderwijs- en onderzoeksactiviteiten in Midden-Amerika en zuidelijk Afrika.

2. Een tweede bijdrage in het public health-werkveld betreft de innovatie van gezondheidssystemen. Wie het WHO-rapport *Knowledge for Better Health* (WHO 2004) heeft gelezen, zal zich realiseren dat hier een grote uitdaging ligt. In dit kader wil onze afdeling werken aan diverse programma's:

- Primary Health Care (PHC): steeds meer landen baseren de inrichting van hun gezondheidssysteem op PHC. Samen met onder anderen mijn collega's van de afdelingen huisartsgeneeskunde en WOK is het ons september jongstleden gelukt

PHC op de agenda van de 25 Europese ministers te krijgen (Committee 2004). De verzilvering zal plaatsvinden middels de ontwikkeling van een Europees Primary Health Care Forum.

- Public Health & Ziekenhuis: drie jaar geleden is hierover een conferentie belegd, waar de top van de Nederlandse gezondheidszorg bij aanwezig was. Iedereen was enthousiast over het thema. Er is zelfs een programmavoorstel gemaakt, maar dan gebeurt er uiteindelijk niets. Dat wil ik niet op mij laten zitten en dit zal hier dus een vervolg krijgen.
- Gezondheidsinformatiesystemen: volgens de huidige Directeur-generaal van de WHO zijn informatiesystemen de 'glue of health systems'. De alliantie van de afdeling medische informatiekunde en mijn afdeling moet het mogelijk gaan maken dat we in Nederland voor de burger goede informatie over het gehele gezondheidssysteem ter beschikking hebben.
- Nadere ontwikkeling van een programma rond gezondheidssysteemmodellen (van Balen 2004)

Dit is een ambitieus verhaal, maar public health is een inspirerend en leuk werkterrein. In deze oratie is, inherent aan het vak, een reis om de wereld gemaakt, maar nogmaals verandering begint lokaal, dus in Nijmegen en omgeving. Van belang is continuïteit in public health-denken te koppelen aan het maken van concrete keuzen voor de public health-praktijk. De analyse die Rudolf Virchow meer dan 150 jaar geleden maakte naar aanleiding van een tyfusepidemie in Opper-Silezië is vrijwel identiek aan de analyse die mijn leermeester Geoffrey Rose twaalf jaar geleden opschreef: 'The primary determinants of disease are mainly economic and social and therefore its remedies must also be economic and social. Medicine and politics cannot and should not be kept apart'. Voor beiden was de boodschap: gezondheid is politiek. Over continuïteit gesproken. We hebben dit gegeven te lang gemedan. Wetenschap, veld en politiek zullen gezamenlijk aan de slag moeten voor gezondheid. Deze oratie is daar een eerste aanzet toe.

Public health behoudt haar belangrijke opdracht zoveel mogelijk gezondheid te creëren. Een plaats binnen de universitaire gemeenschap blijft daarvoor noodzakelijk. Mijn missie is de public health concreet en aantrekkelijk te maken, door meer dynamiek te introduceren en meer aansluiting te zoeken bij de kliniek en het werkveld. Het getuigt van een vooruitziende blik dat deze universiteit de eerste hoogleraar public health binnen haar muren heeft. Edoch, public health heeft de geschiedenis weliswaar aan haar kant, de toekomst moet nog gewonnen worden.

#### DANKWOORD

Ik kom nu bij mijn dankwoord. Mijn pad slingerde, maar kende ook continuïteit. Met het NIVEL trek ik nu bijna 20 jaar op en het bevalt nog steeds. Het praktijk georiënteerde

en beleidsrelevante onderzoek rond de eerstelijnsgezondheidszorg in het bijzonder de huisartsgeneeskunde heeft nog steeds mijn hart. Dat ik steeds weer megaprojecten creëer moeten jullie me maar vergeven. Vanaf deze plaats wil ik medewerkers en directie van het NIVEL hartelijk bedanken voor hun grote ondersteuning, in het bijzonder voor EISS in het afgelopen jaar.

De leden van het Stichtingsbestuur, het College van Bestuur van de Radboud Universiteit Nijmegen en de Raad van Bestuur van het UMC St Radboud dank ik voor het in mij gestelde vertrouwen door mij te benoemen op de leerstoel public health. De leden van de benoemingscommissie beschouw ik de dragers van mijn leerstoel. Ik zeg erbij, uw taak zit erop nu ik ben ingebed in programma's waar u ook bij betrokken bent.

De leiding van het Cluster BEG dank ik voor de ontvangst in en de uitleg over de structuur en cultuur. Werken binnen het cluster stimuleert samenwerking met de afdelingen huisartsgeneeskunde, kwaliteit van zorg, epidemiologie, medische informatiekunde en ethiek in hoge mate.

Ik prijs me gelukkig met de samenwerking met de kliniek in NUCI-verband. De mogelijkheden zijn aanwezig om van Nijmegen een wereldcentrum van infectieziektebestrijding te maken.

Beste medewerkers van de afdeling sociale geneeskunde. Ik heb een uitermate plezierige binnenkomst gehad en voel me meer dan thuis. Er staat een plan, er zijn volop kansen en er is elan. Het oude bolwerk kan zo maar weer gaan opbloeien. Eén naam wil ik apart noemen. Hooggeleerde de Vries Robbé, beste Pieter. Jij was interim-voorganger. Je heb meer dan op de winkel gepast en mij ook ingewijd in de afdeling. Ik zie uit naar onze samenwerking rond informatiesystemen. Het uitgebreide werkveld, waar zo veel te doen valt, kan op mij rekenen. Ik dank u voor alle inzet om studenten de praktijk van de sociale geneeskunde te laten meemaken.

Beste studenten geneeskunde en biomedische wetenschappen en in de masterprogramma's van het KIT en de NSPOH. Samen met u hoop ik de toekomst van de public health vorm te geven. Dat kan alleen maar als het vak op inspirerende wijze wordt overgebracht.

Vrienden en familie: daar gaat het om! Dat mijn beide ouders op hun hoge leeftijd hier nog kunnen zijn, maakt deze bijeenkomst voor mij extra bijzonder. Ik word met twee benen op de grond gehouden door mijn lieve echtgenote en mijn drie zonen. Ga daar vooral mee door.

*Ik heb gezegd*

## LITERATUUR

- Abel-Smith B *Value for money in health services*. London: Heinemann 1984
- Allin Sara, Mossialos Elias, McKee Martin, Holland Walter. *Making decisions on public health: a review of eight countries*. Brussels: European Observatory on Health systems and Policies 2004
- Bakker P. *Betere zorg voor minder geld*. Den Haag Ministerie van VWS 2004
- Van Balen H. *Disease control in primary health care: a historical perspective* Trop Med Int Health 2004 9:A22-A26
- Byrne David 'Enabling Good Health for All –The future of Health in Europe' (speech 15 July 2004) Brussels European Commission 2004 ([www.europa.int](http://www.europa.int))
- Committee of the Health Council. *European primary care*. Den Haag Gezondheidsraad 2004
- Mackenbach J Van der Maas PJ *Volksgezondheid en gezondheidszorg* (derde druk) Maarssen Elsevier 2004
- Meertens Vivian. *Depressive symptoms in the general population a multifactorial social approach*. Wageningen: Ponsen & Looijen 2004
- Van Oers JAM (red). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning* 2002, Bilthoven: RIVM; Houten: Bohn Stafleu en van Loghum 2002
- Rip A. Science for the 21st Century. In Tindemans, Peter, Verrijn-Stuart, Alexander & Visser, Rob (Ed.), *The Future of the Sciences and Humanities. Four analytical essays and a critical debate on the future of scholastic endeavour*. (pp. 99-148). Amsterdam: Amsterdam University Press 2002.
- Rose G. *The Strategy of Preventive Medicine* Oxford: Oxford University Press 1992
- Van der Velden Koos e.a. (red) *Health Matters. Public Health in North-South perspective*. Amsterdam KIT Press 1995
- WHO *Knowledge for Better Health*. Geneva: World Health Organization 2004
- Wilkinson RG. *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. London Routledge 1996
- Winsemius P *Je gaat het pas zien als je het door hebt. Over Cruyff en leiderschap*. Amsterdam Uitgeverij Balans 2004
- [www.eiss.org](http://www.eiss.org)
- [www.prior.org](http://www.prior.org)